Aus der Universitätsfrauenklinik in Heidelberg
Direktor: Prof. Dr. Runge.

STANFORD UNIVERSITY
MAR
8
1938
LIBRARY

Lane Medical Library

Zur Klinik der papilliformen Ovarialcarcinome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Helmut Gutfried
approb. Arzt aus Mannheim.

Buchdruckerei M. Krahl, Erlangen-Bruck.
1937

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.

Referent: Dozent Dr. Kleine
Dekan: Professor Dr. Runge

Meinen lieben Eltern

Anatomie.

Die Unterscheidung zwischen gut- und bösartigen papilliformen Ovarialtumoren ist makroskopisch oft nicht leicht. Kermauner sieht vor allem in der Brüchigkeit und markigen Beschaffenheit makroskopische Kennzeichen für Krebs der papilliformen Ovarialtumoren. Es kommen ein- und mehrkammrige cystische Geschwülste vor, die den ganzen Bauch ausfüllen und oft bis mannskopfgroß sind und die makroskoptisch den Eindruck eines gutartigen Ovarialkystoms machen können. Nur wenige Fälle von ganz soliden Tumoren stehen der überwiegenden Mehrzahl der cystisch-papillären Ovarialcarcinome gegenüber. John Miller sieht tn den papillären Eierstockskrebsen, die Kermauner als Gruppe für sich betrachtet, nicht eine eigene Form der papilliformen Ovarialcarcinome, sondern nur ein papilläres Kystocarcinom mit zerstörter Wand, bei dem dann die Papillen an der Oberfläche des Tumors in Erscheinung treten. Solange also die zottigen Wucherungen nicht durch die Wandung hindurchbrechen, sind die papilliformen Ovarialcarcinome im wesentlichen von Kugel- oder Eiform, deren Oberfläche glatt und glänzend ist, sodaß von außen nichts den papillären Charakter der Geschwulst verrät.

Kleine Geschwulstbildungen kommen selten zur Beobachtung, da sie meist keine Beschwerden verursachen. Faust- bis mannskopfgroße Neubildungen sind häufiger.

Die manchmal sich sandig anfühlenden papillären Wucherungen, die auf einer Einlagerung von Kalksalzen beruhen, sind kein Zeichen für ihre Bösartigkeit, es handelt sich hier vielmehr um eine secundäre Veränderung.

Am meisten sieht man einkammrige Kystome, deren Hohlräume Flüssigkeiten von verschiedenem Aussehen

enthalten (erbsensuppenartig oder eiterähnlich, manchmal Cholesterin-Kristalle enthaltend, dann wieder mit dünnflüssigem und fadenziehendem Inhalt).

Häufig trifft der Operateur schwerste Verwachsungen an, die einfache Operationen nicht zulassen, sodaß er sich nur mit einer teilweisen Entfernung der Tumormassen oder mit einem Probebauchschnitt begnügen muß.

Histologie.

Kermauner teilt nach morphologischen Gesichstpunkten seine Fälle ein in

1. rein papilläre
2. cystisch-papilläre
3. vollkommen solid aussehende Ovarial-Carcinome.

Kermauner vertritt die Ansicht, daß der Grad der Bösartigkeit mit dieser Reihe steigt.

ad 1: Diese Gruppe umfaßt nur wenige Fälle und bereitet hinsichtlich der Carcinom-Diagnose sehr große Schwierigkeiten. Kermauner hält es sogar für praktisch, die Scheidung in gut- und bösartige Papillome ganz aufzugeben, da oft die auch histologisch nicht als Carcinom anzusprechenden Fälle später klinisch das Bild eines Krebses boten. Deswegen seien, was die Klinik angeht, keine Unterscheidungen zwischen gut- und bösartigen Papillomen zu treffen, die Behandlung muß also so sein, als ob es sich immer um einen bösartigen Tumor handelt. Mikroskopisch hält Kermauner für Zeichen von Bösartigkeit

1. Vielschichtigkeit des Epithels,
2. das Auftreten einzelstehender oder strangförmig angeordneter Epithelien im Gerüst der Papillen,
3. das Ausschwärmen von Zellen des Oberflächenepithels selbst bei Fehlen von Mehrschichtungen,
4. auffallend häufige Mitosen, verklumpte Mitosen, Riesenkerne.

ad 2: In dieser Gruppe sind wiederum Vielschichtung des Epithels usw., wie bereits oben beschrieben, Carcinomzeichen.

ad 3: Es handelt sich hier um die anatomisch interessanteste Gruppe, und Kermauner faßt darin alles zusammen, was ihm an Sonderbefunden zur Beobachtung gelangte (Besondere histologische Formen der krebsigen papillären Adenofibrome, teilweise solide Form).

Häufig wurde in diesen Geschwülsten echte Schleimbildung angetroffen. Es ist also bereits ein fadenziehender Inhalt noch lange kein Beweis für ein Pseudomucinkystom. Eine einheitliche Ausdifferenzierung des Epithels wurde fast nie gefunden, Cilien wurden überhaupt nicht beobachtet. Die Gefäße zeigten bei manchen Fällen angiomartige Erweiterungen in den einzelnen Papillen. Kermauner mißt diesem Befund besonders für die Probeexcision Bedeutung zu, da er einen Fall beobachten konnte, der nach einer Probeexcision an einer intraperitonealen Blutung gestorben ist.

Außer den bereits oben erwähnten Krebszeichen wurde in dieser Gruppe am häufigsten ein regelmäßiger, gleichbreiter und überall mit derselben obersten Zellreihe abgesetzter Epithelbelag gefunden. Die Zellgrenzen waren kaum zu erkennen. Dann wurden Lücken im Epithel (intraepitheliale Sekrefionslücken) gesehen, ferner intrapapilläre Cystenbildungen, Plattenepithelknötchen = Adenocancroide.

Das papilliforme Ovarialcarcinom tritt also so vielgestaltig auf wie selten ein Carcinom. Es ist mit dem Eileiterkrebs, der in ähnlichen Differenzierungsformen auftritt, verwandt. Oft ist eine histologische Differentialdiagnose ohne Angabe, zu welchem der beiden Organe das herausgenommene Stück stammt, überhaupt nicht möglich. Häufig treten Eierstocks- und Eileiterkrebs zusammen auf, was wohl auf die verwandtschaftlichen Beziehungen und

die einheitliche Entstehung aus dem Cölom der beiden Organe zurückzuführen ist.

Klinik.

Die papilliformen Ovarialcarcinome gehören zu den bösartigsten Tumoren. Die meisten dieser Carcinomträgerinnen kommen als inoperable Fälle zur Behandlung. Auch bei scheinbar operablen Fällen treten häufig nach einigen Jahren Metastasen auf.

Doppelseitigkeit.

John Miller findet in seiner Zusammenfassung über die bisherigen Veröffentlichungen, daß eine paarige Geschwulstentwicklung im allgemeinen selten ist.

Pfannenstiel (1905) glaubt, daß das Verhältnis der einseitigen zu den doppelseitigen Krebsen etwa wie 1 : 2 sei.

Uebersichtstabelle nach John Miller:

Verfasser	Zahl	einseitig	doppelseitig
Kermauner	165	98	67
Kovacs	49	28	21
Schleyer	49	20	29
Smith	87	44	43

Diese Angaben entsprechen wahrscheinlich nicht der Häufigkeit der Doppelseitigkeit, da „die schwersten und fast immer beidseitig erkrankten Fälle unter den Probebauchschnitten verschwinden“ (Kermauner). Worauf die Miterkrankung des zweiten Eierstocks zurückzuführen ist, ist nicht zu erklären, Kermauner meint, ob man nicht an eine Organminderwertigkeit denken müßte und erwägt den Gedanken, daß die vorhandene Geschwulst zu einem „Abbau von Organeiweiß führt und dieses abgebaute Eiweiß selbst oder sein Antigen auf das Gewebe des anderen Eierstocks organspezifisch schädigend einwirkt und dasselbe zur Geschwulstbildung anregt. Es wäre also eine besondere Bereitstellung, eine Art Allergie der Gewebe des Eierstocks die Grundlage.“ John Miller nimmt an, daß es sich bei der Miterkrankung des zweiten Eierstocks in den meisten Fällen um eine Metastase handelt. Ker-

mauner jedoch glaubt, daß auch dort, wo die eine Geschwulst auffallend kleiner ist als die andere, eine spätere Erkrankung also sehr nahe liegt, nicht an eine metastatische Erkrankung.

Häufigkeit.

Hierüber können aus der Literatur keine genauen Angaben gemacht werden. Pfannenstiel (1908) nimmt an, daß die Hälfte aller papillären Eierstocksgeschwülste krebsig entartet. Nach größeren statistischen Zusammenfassungen (Stübler und Brandess) waren rund 25% aller Ovarialtumoren Carcinome, d. h. jeder 4. bis 5. Fall, der zur Beobachtung kommt, ist maligne. Bei der Unterteilung der Ovarialcarcinome sind aber bei Stübler und Brandess die papilliformen Ovarialcarcinome leider nicht gesondert aufgeführt.

Alter.

Was das Alter der Geschwulstträgerinnen anbelangt, findet man keinen auffälligen Unterschied gegenüber dem Krebsalter bei anderen Carcinomformen. Bevorzugt ist das praeklimakterische Alter.

Uebersichtstabelle nach John Miller.

Verfasser	Gesamtzahl	1/10	11/20	21/30	31/40	41/50	51/60	61/70	71/80
Deaver	23	—	—	2	8	7	5	1	—
Erdmann u. Spaulding	12	—	—	3	4	2	1	2	—
Fleiß	13	—	—	—	1	4	7	1	—
Frankl	30	—	1	2	7	9	7	2	2
Kermauner	165	—		35			111	15	4
Verschied. Verfasser	151	1	3	15	30	42	38	15	7

Bei Kermauner war die jüngste Patientin 24 Jahre und die älteste 72 Jahre alt.

Ascites.

Die Ansammlung von Ascites wird etwa in der Hälfte der zur Beobachtung kommenden Fälle bemerkt und ist nicht für die Bösartigkeit der Geschwulst beweisend. Nach Smith betrug der Prozentsatz 34,5%.

Vorausgegangene Schwangerschaften.

Die meisten Frauen mit papilliformen Ovarialcarcinomen hatten mehrere Geburten hinter sich. Bei Kermauner hatten 73,4% geboren, und A. Mayer deutet die Sterilität der restlichen 26,6% als ein Vorläufer für den Krebs.

Schwangerschaft bei Trägerinnen papillärer Eierstockskrebse ist ganz ungewöhnlich und in der Literatur nur selten vermerkt.

Stieldrehung.

Da es bei den papillären Ovarialkarcinomen frühzeitig und häufig zu Verwachsungen mit den Nachbarorganen kommt, ist eine Stieldrehung selten.

Metastasen.

Die Tendenz, bald zu metastieren, ist bei den Eierstockskrebsen recht groß, ja sogar am größten unter sämtlichen Genitaltumoren. Vielleicht sind die Vorbedingungen besonders günstig, da das Ovarialcarcinom sich nach allen Seiten ausbreiten kann, ohne daß der Gewebsdruck dem Wachstum entgegensteht (Wintz). Sobald die äußere Hülle des Tumors zur Zerstörung gelangt ist, kommt es bald zu einem Uebergreifen auf die umliegenden Organe, es entstehen dann Konglomerattumoren und Peritonealmetastasen. Infolge der ständigen Bewegung des Darmes durch die Peristaltik und die Zwerchfellexcursionen kommt es leicht zur Ausbreitung losgerissener Partikel im Abdominalraum. Während bei den anderen Carcinomen die Metastasen der Lymph- und Blutbahn im Vordergrunde stehen, so ist bei den papilliformen Ovarialcarcinomen, bevor es zur Metastasierung auf dem Lymph- und Blutweg kommt, eine ausgedehnte lokale Verbreitung der Carcinomzellen vorhanden.

John Miller teilt die Metastasen in folgende Gruppen ein:

1. lokale Metastasen,
2. Bauchfellmetastasen,
3. Bauchwandmetastasen,

4. Lymphknotenmetastasen,
5. entfernte Organmetastasen.

Neben den lokalen Metastasen (Eileiter, Mastdarm, Harnblase usw.) ist weitaus am häufigsten das Peritoneum von Metastasen durchsetzt. Der Lymphweg dient der Ausbreitung des Carcinoms häufiger als der Blutweg. So können alle möglichen Metastasen beim Ovarialcarcinom vorkommen, und es gibt fast keinen Ort, der von Metastasen nicht befallen sein könnte. Von den seltenen Lokalisationen erwähnen Gibson und Findlay eine Metastase, die in der Vena subclavia, cava superior und in das rechte Herzohr gewachsen war. Häufiger beschrieben sind Tochtergeschwülste in entfernten Lymphdrüsen (subclaviculär, paraaortal, inguinal), die auf dem Lymphweg und durch den Ductus thoracicus zur Ausbreitung kommen.

Daß es zu einer Miterkrankung des Uterus beim Eierstockkrebs kommen kann, beweisen die zahlreichen Mitteilungen hierüber. Es wird dabei aber zu unterscheiden sein, ob das Uteruscarcinom die primäre Erkrankung ist, oder ob beide Organe für sich carcinomatös erkrankt sind. Als Ausbreitungswege kämen hierbei

1. das direkte, perforierende Einwachsen,
2. der Weg durch den Eileiter,
3. Der Lymphweg.

in Frage.

Es kommt also beim Ovarialcarcinom jedes Organ als Metastasierungsort in Betracht. Nach den Sektionsstatistiken von Schottländer und Maljeff stehen im Vordergrund der Organmetastasen das Mitbefallensein der Leber, des Darmes und der Pleura. Lunge, Herz, Knochen, Milz sind selten befallen, ebenso wie Niere, Nebenniere, Harnleiter, Dura, Gehirn, Schilddrüse.

Linzenmayer und Ottow berichten über das von ihnen beobachtete seltene Vorkommen von Hautmetastasen.

Therapie.

Die Behandlung des Ovarialcarcinoms besteht vor allem in der Operation, die möglichst frühzeitig und radi-

kal vorgenommen werden soll. Meistens wird jedoch beim papilliformen Ovarialcarcinom die radikale Operation nicht mehr möglich sein wegen der frühzeitigen Metastasen und Verwachsungen d. h. der Prozentsatz der inoperablen Fälle ist sehr groß. Bei diesen inoperablen Fällen sollen, wenn man sich nicht mit dem Probebauchschnitt zufrieden geben muß, die Tumormassen durch die Operation verkleinert werden, da die Verkleinerung die Durchführung der Strahlentherapie wesentlich erleichtert.

Operabilität.

Döderlein fand unter 82 Fällen 8 = 22% inoperabel, in 46 Fällen konnte die Operation nicht mehr radikal durchgeführt werden, und nur 18 Fälle waren operabel.

Linzenmayer: 136 Fälle, 53,6% inoperabel.

A. Mayer: 17,5% Probelaparotomie, 42,6% nicht radikal zu operieren.

Behandlung Ergebnisse.

Die Ergebnisse der operablen radikal operierten Fälle ohne Bestrahlung unterscheiden sich nicht von den operablen operierten und nachbestrahlten. Es scheint, daß rund 25% der Fälle Aussicht auf Dauerheilung haben.

Allgemein wird heute nach radikaler Operation die prophylaktische Nachbestrahlung mit Röntgenstrahlen durchgeführt.

Bei den inoperablen Fällen soll man sich wenn möglich nicht nur mit dem Probebauchschnitt begnügen, sondern so viel wie möglich entfernen, da die Ergebnisse und die Erfolge der Nachbestrahlung besser sind.

Als Nachbestrahlung wird heute die Röntgentherapie bevorzugt, die entweder als Intensivbestrahlung oder protrahiert fraktioniert nach Coutard verabfolgt wird.

Heymann und Schroeder empfehlen die Röntgenbestrahlung durch eine intrauterine Radiumbehandlung zu ergänzen, weshalb bei der Operation der Uterus als Radiumträger zurückgelassen werden soll. Sie glauben dadurch bessere Erfolge zu haben.

Stübler und Brandess berichten über ihre Ergebnisse der Behandlung der Eierstockkrebse (ohne besondere histologische Einteilung):

vollständig operiert u. bestrahlt: 21 Fälle, recidivfrei 47,6%
„ „ nicht „ : 40 „ „ 47,5 „
un- „ „ u. „ : 22 „ „ 4,5 „
„ „ „ nicht „ : 25 „ „ 0 „

Die Gruppen der vollständig operierten verhalten sich gleich, ob eine Bestrahlung vorgenommen wurde oder nicht.

Statistik der sicher primären Ovarialcarcinome.

Wintz (Strahlentherapie 1932):

	Fälle	geheilt	%
3 Jahre nach Abschluß der Behandlung:			
Probelaparotomie, dann bestrahlt	5	1	20
unvollständig op. „ „	49	20	40
vollständig operiert „ „	9	7	77,7
5 Jahre nach Abschluß der Behandlung:			
Probelaparotomie, dann bestrahlt	3	1	33,3
unvollständig op. „ „	44	11	25
vollständig operiert „ „	4	3	75
10 Jahre nach Abschluß der Behandlung:			
Probelaparotomie, dann bestrahlt	1	—	—
unvollständig op. „ „	28	6	21,4
vollständig operiert „ „	—	—	—

Schroeder: Von 56 histologisch sicheren primären Ovarialcarcinomen beträgt die Heilungsziffer nach 5 Jahren:

bei den probelaparotomierten u. nachbestrahlten 9%
„ „ unvollständig op. „ „ 25 „
„ „ vollständig operierten „ „ 60 „

Primäre Mortalität.

Die primäre Operationsmortalität wird von den verschiedenen Verfassern unterschiedlich angegeben. Döderlein gibt 16%, Schäfer (Bummsche Klinik) 17,1%, Mayer 11,4%, bei Ascites 25% und Schröder (Würzburger Klinik) nur 2,7% an.

Bei all den genannten Operations- und Strahlenergebnissen handelt es sich um Patientinnen mit primären Eierstockskrebsen, bei denen aber leider nirgends der unterschiedliche histologische Aufbau der Carcinome besonders berücksichtigt wurde. In den angeführten therapeutischen Ergebnissen sind also alle möglichen Arten von Eierstockskrebsen zusammengeworfen worden, sodaß man bis jetzt nichts über die Therapieerfolge der einzelnen histologischen Gruppen in Erfahrung bringen konnte. Zwar bestreitet Joly eine Abhängigkeit zwischen Histologie und Strahlenempfindlichkeit der Tumoren, es ist aber im allgemeinen diese Beziehung anerkannt worden und vor allem bekannt, daß je mehr ein Gewebe dem Embryonalgewebe nahekommt, seine Strahlenempfindlichkeit entsprechend hoch ist.

Lucien Mallet, der in neuerer Zeit über die Radiosensibilität der einzelnen Krebsarten des Eierstocks seine Erfahrung veröffentlicht hat, meint, daß die papillären Ovarialcarcinome trotz intensiver Dosen kaum oder gar nicht durch Strahlen beeinflußt werden konnten.

Die in der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1910—1936 behandelten Patientinnen mit papilliformen Ovarialcarcinomen.

Wir haben alle diejenigen Eierstockskrebse, die nach den in der Einführung gemachten anatomischen und histologischen Gesichtspunkten unter den verschiedensten Namen bezeichnet wurden, allgemein als papilliforme Ovarialcarcinome zusammengefaßt und auf eine Unterteilung dieser Gruppe, wie sie Kermauner vorgenommen hat, verzichtet. Wir haben dabei 70 histologisch sicher nachgewiesene Fälle zur Beobachtung und Behandlung bekommen und diese hinsichtlich ihrer Klinik und ihrer Behandlungsergebnisse einer Betrachtung unterzogen, die sich auf die histologische Untersuchung, auf die Krankengeschichte, sowie auf Rückfragen über das Schicksal der Patientinnen stützt.

Alter.

Von den 70 Patientinnen waren zwischen

31—40 Jahren	: 4 = 5,7%	(Kermauner : 21,6%)			
41—50 „	: 24 = 34,2 „				
51—60 „	: 32 = 45,7 „		„	: 68	„
61—70 „	: 10 = 14,2 „		„	: 10,4	„

Die jüngste Patientin war 34 Jahre, die älteste 68 Jahre. Wir sehen also, daß die Zeit um das Klimakterium und kurz nachher vorherrscht.

Geburten.

keine Geburt	1 Geburt	bis zu 3 Geburten	mehr als 3 Geb.
20	8	15	27

Geboren hatten 71,5% sämtlicher Carcinomträgerinnen (Kermauner 73,4%), nicht geboren 28,5%. Auffällig ist, daß 42 Patientinnen Mehrgebärende waren.

Doppelseitigkeit.

Von den 70 Patientinnen konnte bei 7 aus dem Operationsbefund nicht entnommen werden, ob es sich um Ein- oder Doppelseitigkeit handelt.

Enseitigkeit bei 23, Doppelseitigkeit bei 40 Patientinnen = 63,5% (Kermauner: 42,7%)

Operabilität.

Unter dem Begriffe inoperabel faßten wir nicht nur die Fälle mit Metastasen zusammen, sondern auch die, bei denen technisch eine glatte Operation nicht vorzunehmen war, so daß Tumorreste zurückbleiben mußten. Operabel waren nur 23 Patientinnen = 32,8%. inoperabel 47 = 67,2%. (Döderlein 22%, Linzenmayer 53,6%, A. Mayer 60,1%).

Ascites.

Das Vorhandensein von Ascites aus den Operationsberichten war bei 38 Fällen = 54,2% vermerkt (Smith 34,5%).

Myome.

Bei 9 Patientinnen fand sich gleichzeitig mit dem papilliformen Ovarialcarcinom ein Myom.

Primäre Mortalität.

7 Patientinnen starben während oder unmittelbar an den Folgen der Operation (10%), 1 Patientin während

der Operation infolge ihres schlechten Allgemeinzustandes, 1 Patientin an Lungenoedem, 2 Patientinnen an Embolie, 2 Patientinnen an Peritonitis, 1 Patientin an Ileus (Kermauner 7,2%).

Metastasen.

Am häufigsten waren befallen Netz, Peritoneum, Wand des kleinen Beckens einschließlich Douglas, weniger häufig Tube, Darm, Blase, regionäre Lymphdrüsen, entfernte Lymphdrüsen (supraclaviculäre, paraaortale) Leber, Milz, Appendix.

Obductionsbefunde.

In 2 Fällen wurden Metastasen im subphrenischen Raum (hist. Nr. 9703 und 14899), einmal im Mesenteriolum der Appendix (hist. Nr. 9703), 3 mal in paraaortalen, mediastinalen Lymphknoten in der Nähe des Tripus Halleri (hist. Nr. 14899, 9505, 12298), einmal an der Leberpforte mit Druck auf den Ductus cysticus (hist. Nr. 14501), 2 mal in der Milz (hist. Nr. 14501 und 18477) als Einzelfälle beobachtet.

In einem Fall war der Tumor ins Rectum perforiert, in einem andern war die Dickdarmwand teilweise durchwachsen.

Besondere Beobachtungen:

Wir konnten einen seltenen Fall von Hautmetastasen beobachten: Frau S. H. 60 Jahre alt (hist. Nr. 3289), Menopause mit 50 Jahren, 1 normale Geburt; 1914 wurde durch Radikaloperation ein mannskopfgroßes linksseitiges papilläres Ovarialkarzinom entfernt, Röntgennachbestrahlung, 1915 Exstirpation eines Recidivknotens in der Fascil und Muskulatur der Operationsnarbe, 1916 in der Haut der oberen Bauchabschnitte überall kleine Knötchen. Große Tumormassen im Becken und im ganzen Leib, 1916 Exitus.

Im folgenden sei ein seltener Fall von Durchbruch in das Corpus uteri berichtet:

Frl. H. M. (hist. Nr. 16649) Alter 49 Jahre, Menarche 16 J. keine Geburt, noch nicht in Menopause, 1932 teil-

weise Entfernung von Tumormassen, Metastasen in Tuben, Darm, Bauchwand, secundärer Durchbruch ins Corpus uteri, Operation, Exstirpation der Tumoren und der Tuben unter Zurücklassung des Uterus als Radiumträger. Radiumeinlage, Röntgennachbestrahlung. 1937 Patientin ist noch am Leben.

Behandlungs-Ergebnisse 1910-1932:

(N. B. Die Nachuntersuchungen wurden Ende 1937 abgeschlossen!)

Operable Fälle: 16

Es wurden ausschließlich operiert: 5

Nach 3 Jahren noch am Leben : 3
„ 5 „ „ „ „ : 2

Von diesen 2 „Geheilten" ist heute eine nach 10 Jahren noch am Leben (hist. Nr. 11390), die andere ist nach 23 Jahren an Altersschwäche gestorben (hist. Nr. 1628).

Es wurden operiert und bestrahlt: 11

Nach 3 Jahren noch am Leben : 3
„ 5 „ „ „ „ : 2

Diese beiden „Geheilten" sind heute noch am Leben, eine 6 Jahre (hist. Nr. 14908), eine 10 Jahre nach der Behandlung (hist. Nr. 11135).

Inoperable Fälle : 40

Es wurden ausschließlich operiert: 16

primäre Mortalität : 5

Nach 1 Jahr noch am Leben : 1
„ 2 Jahren „ „ „ : 0

Es wurden operiert und bestrahlt: 27

Nach 1 Jahr noch am Leben : 11
„ 2 Jahren „ „ „ : 5
„ 3 „ „ „ „ : 5
„ 5 „ „ „ „ : 1 (hist. Nr. 16649)

2 Patientinnen sind verschollen.

Was die operablen Fälle angeht, ist schon gesagt worden, daß die Ergebnisse der nur operierten und der operierten und nachbestrahlten ungefähr gleich sind. Da man aber

bei der Operation nicht mit Gewißheit sagen kann, ob das Carcinom wirklich operabel ist, oder ob schon nicht sichtbare Metastasen vorhanden sind, wird es sich immer empfehlen, doch die prophylaktische Nachbestrahlung durchzuführen.

Das Ergebnis der inoperablen Fälle zeigt den großen Unterschied zwischen den nur operierten und den durch Operation und Nachbestrahlung behandelten. Hinsichtlich der Heilung sind die Ergebnisse schlecht, wir konnten aber beobachten, daß immerhin eine Lebensverlängerung, wenn auch nur von wenigen Jahren durch die mit der Operation kombinierte Nachbestrahlung zu erzielen war.

Bezüglich der Kombination mit Radiumbehandlung ist folgendes festzustellen:

Der eine von den beiden Fällen, die operabel waren und geheilt sind, wurde mit Radium behandelt (hist. Nr. 14908). Bei den inoperablen Fällen war nach 5 Jahren nur noch 1 Patientin am Leben, die ebenfalls Radium erhalten hatte (hist. Nr. 16649). Diese Feststellung halten wir für beachtenswert.

Vorläufige Behandlungsergebnisse 1933—1936:

Operable Fälle: 7

Es wurden ausschließlich operiert: 1
August 1933 operiert, 1937 noch am Leben (hist. Nr. 17199)

Es wurden operiert und bestrahlt: 6
2 Patientinnen leben seit der Behandlung 1933
1 Patientin lebt „ „ „ 1934
1 „ „ „ „ „ 1935
2 Patientinnen gestorben, eine nach 1 Jahr, die andere 2 Jahre nach der Operation.

Inoperable Tälle: 7

Es wurden ausschließlich operiert: 1 gest. nach 1 Jahr.
Es wurden operiert und bestrahlt: 6,
davon lebten nach 1 Jahr noch 2, die eine Patientin ist nach 3 Jahren gestorben, die andere lebt bis jetzt (halbes Jahr nach Behandlung).

Zusammenfassung.

In der Zeit von 1910—1936 wurden in der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik 70 histologisch sicher nachgewiesene Fälle von papilliformen Ovarialcarcinomen behandelt. Die meisten der Patientinnen standen im Alter zwischen 40—60 Jahren. Die jüngste Patientin war 34 Jahre, die älteste 68 Jahre. Doppelseitige Erkrankung bestand bei 40 Patientinnen. Geboren hatten 50 Patientinnen, nicht geboren 20 Patientinnen. Operabel waren nur 23 Patientinnen, inoperabel 47. In 9 Fällen hatten die Carcinomträgerinnen Myome. Ascites wurde bei 38 Patientinnen gefunden. Die primäre Mortalität beträgt 10%.

Nach einem Zeitraum von 5 Jahren nach der Behandlung waren von 16 operablen Patientinnen noch 4 am Leben (25%). Davon waren 2 Patientinnen nur operiert und 2 Patientinnen operiert und nachbestrahlt.

Von 40 inoperablen Patientinnen war nach 5 Jahren nur noch eine am Leben (2,5%), die operiert und bestrahlt worden war (Radium und Röntgen).

Die Behandlungsergebnisse der papilliformen Ovarialcarcinome sind schlecht, die Prognose also ungünstig. Leider finden sich in den größeren Zusammenfassungen der Literatur über die Frage der Erfolge speziell bei papilliformen Ovarialcarcinomen keine Mitteilungen.

Ich möchte nicht versäumen, an dierer Stelle Herrn Chefarzt Dozent Dr. habil. Kleine, Ludwigshafen, für seine liebenswürdige Unterstützung herzlich zu danken.

Literatur-Angaben.

1. Döderlein, Zweifel u. Payr, Klin. der bösartigen Geschwülste Bd. 3.
2. H. Gibson u. G. M. Findlay, ref. in Ber. Ges. Gyn. u. Geb. 1923.
3. J. Heymann, ref. Ber. Ges. Gyn. u. Geb. 1925.
4. M. Joly, ref. Ber. Ges. Gyn. u. Geb. 1933.
5. Fritz Kermauner, Hdb. d. Gyn. Veit-Stöckel Bd. 7.
6. Linzenmayer, Zbl. Gyn. 1924.
7. Lucien Mallet, ref. Ber. Ges. Gyn. u. Geb. 1934.
8. M. J. Maljeff, Arch. Gyn. 1927.
9. A. Mayer, Hdb. Frauenheilk. u. Geb. Halban-Seitz, Bd. 5, 2.
10. John Miller, Hdb. spez. Anatomie u. Histologie, herausg. v. Lubarsch u. Henke 1937.
11. B. Ottow, Zbl. f. Gyn. u. Geb. 107.
12. H. Pfannenstiel, Arch. Gyn. 48.
13. P. Schäfer, Arch. Gyn. 117, Zbl. Gyn. 48.
14. J. Schottländer, Zbl. Gyn. 39
15. C. Schroeder, Strahlenth. 51.
16. Stübler u. Brandes, Würzb. Abh. 21.
17. Wintz, Strahlenth. Bd. 44.

Lebenslauf.

Am 14. Jahnuar 1912 wurde ich als Sohn des Hauptlehrers Adolf Gutfried und dessen Ehefrau Emma, geb. Throm in Freiburg/Brsg. geboren. Ich besuchte die Volksschule in Mannheim und trat dann in das Realgymnasium I Mannheim ein, wo ich Ostern 1930 meine Reifeprüfung ablegte.

Ich ergriff das Studium der Medizin an der Universität Heideiberg, und legte dort meine ärztliche Vorprüfung im Sommer 1932 ab. Dann setzte ich mein Studium an den Universitäten Bonn und Heidelberg fort und bestand im Herbst 1935 in Heidelberg mein Staatsexamen. Meine Medizinalpraktikantenzeit verbrachte ich an der Chirurgischen Universitätsklinik und an der Med. Poliklinik in Heidelberg. Nach vorübergehender Tätigkeit als Assistenzarzt am Städt. Krankenhaus in Weinheim arbeitete ich als Volontärarzt an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg.